

Применение радиотермометрии для оценки пролиферативной активности опухолевых и псевдоопухолевых заболеваний молочных желёз

Липаткин А.Г., Суходолова Т.И.

Санаторно-курортный комплекс «ДиЛУЧ», г. Анапа,

Существующие в настоящее время классификации опухолевых заболеваний молочных желез основанные на их морфологии и определяющие лишь хирургический подход к решению данной проблемы, не отражают функциональное состояние болезни которое определяется степенью пролиферативных изменений в опухолевом процессе. В клинической классификации данной патологии необходимо отразить степень пролиферативной активности опухолевых и псевдоопухолевых заболеваний, что позволило бы определить метод и тактику решения проблемы и оценить эффективность проводимой терапии.

Доступные методы диагностики данных заболеваний кроме пункционной биопсии и гистологического исследования не позволяют определить за короткий срок динамику пролиферативной активности и оценить скорость опухолевого процесса (УЗИ, Маммография и др.).

Многими работами по радиотермометрии (РТМ) доказана прямая зависимость интенсивности собственного излучения тканей молочной железы в радиодиапазоне от степени пролиферативной активности опухолевого процесса, этот факт подтвержден гистологическими исследованиями, и с высокой степенью вероятности можно определить с помощью радиотермометра .

Исследования проводятся аппаратно программным комплексом РТМ –01-РЭС в отделении функциональной диагностики с.к.к. «ДиЛУЧ» с октября 1999 г. по настоящее время. За прошедший период нами проведены 2745 радиотермометрических обследований молочных желез 1832 пациентов.

Анализ полученных термограмм проводимый визуально и автоматически с использованием экспертной оценки пролиферативной активности и степени риска возникновения различных форм опухолей и псевдоопухолевых процессов, позволяет их разделить на 5 клинических групп:

1. Норма;
2. Отсутствие пролиферативного компонента (преимущественный фиброз, или поликистоз – неактивная стадия опухолевого процесса);
3. Возрастные, дегенеративные изменения молочных желез;
4. Минимальная степень пролиферативного компонента;
5. Средняя степень пролиферативного компонента;
6. Выраженная степень пролиферативного компонента; (подозрительные на агрессивные формы опухолевого процесса).

Пациентам первой группы рекомендовалось проводить РТМ обследование 1 раз в год.



Пациентам 2 – 5 групп дополнительно проводились рентгенологические и ультразвуковые исследования, а при необходимости и гистологические.

Пациентам 5-й группы проводилась обязательная пункционная биопсия и углубленное обследование и лечение в условия специализированных клиник (онкодиспансеры).

Пациентам 3 и 4 групп после проведения дополнительных обследований проводилась консервативная терапия даже при наличии у них узловой формы мастопатии, т.к. им отказано в хирургическом лечении из-за большой протяженности множественных фиброзных и мелкокистозных образований. В данной группе проводилось радиотермометрический контроль 1 раз в 1-3 месяца с параллельным проведением консервативного лечения сопутствующих гинекологических заболеваний, как правило, воспалительного характера. Это позволило большинство пациентов, в результате успешно проведенной терапии, перевести их во 2-ю группу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Прделанная работа, в процессе которой была обследована достаточно большая группа женщин с различными формами патологии молочных желез, показала эффективность визуальной и компьютерной оценки РТМ - диагностики опухолевых и псевдоопухолевых заболеваний.

Наличие или отсутствие пролиферативной активности опухолевого процесса выявляемой при помощи РТМ определяет характер и тактику проводимого лечения.

При наличии локального фиброзного узла или множестве мелких фиброзно-кистозных образований в молочной железе при отсутствии признаков пролиферации тканей по нашему мнению оперативного лечения не требуется, такие пациенты относятся ко 2-й группе и подлежат динамическому наблюдению, сюда же относятся возрастные, дегенеративные изменения молочных желез, признаки которых также выявляются при помощи РТМ.

При выявлении пролиферативного процесса минимальной или средней степени, (3-я и 4-я клинические группы) дает прямое руководство к терапевтическому лечению диффузных и узловых форм мастопатии и выявлению лечению сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии даже после оперативного вмешательства. При сохранении гиперплазии тканей молочной железы т.е. наличия активной пролиферативной формы мастопатии, оперативное удаление опухоли не дает гарантии выздоровления.

Пациенты 5-й клинической группы подлежат обследованию и лечению в специализированных медицинских учреждений – онкодиспансеры и, как правило им проводится оперативное лечение, а при наличии псевдоопухолевых заболеваний проводится активная терапия с динамическим контролем РТМ.

Таким образом степень пролиферативных изменений тканей молочных желез выявляемой при помощи РТМ является важным решающим моментом в выборе тактики и методов лечения при опухолевых и псевдоопухолевых заболеваниях.

